

Apoio em saúde: forças em relação

Health support: strengths in relation to

Apoyo en salud: fuerzas en relación

Soutien à la santé: forces en relation avec

Cristiane Marchiori Pereira*
 cristmg@uol.com.br

Laura Camargo Macruz Feuerwerker**
 laura.macruz@gmail.com

Resumo

Pretende-se, neste artigo, problematizar os modos de se produzir apoio no Sistema Único de Saúde (SUS), situando o apoio como um agir político entre forças em relação, que pode (ou não) ampliar e favorecer a capacidade de gestão e produção do cuidado local e regional. Destaca-se, no cenário do SUS, um campo de permanente disputa na relação entre os municípios e a gestão estadual, que convoca ao debate no campo da micropolítica do trabalho. Assim, para estudar o apoio, acompanhei o mundo do trabalho dos articuladores de uma regional da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP). Entendida como uma pesquisa-intervenção e, no sentido de acompanhar processos, a cartografia possibilitou produzir relações no campo (registradas em diário de campo), processar os efeitos do campo e construir um certo plano de analisadores, sendo: clínica e cuidado em saúde, micropolítica ativa, forças das experimentações do apoio, necessidade de fabricação de atores-apoiadores e uso de ferramentas-conceitos para o apoio em saúde. Como resultados, apontamos para implicações políticas dos atores-apoiadores, implicações entre forças que se organizam e desorganizam permanentemente e que podem provocar outros agenciamentos na produção de redes de alianças e potências do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Apoio em saúde. Gestão em saúde. Micropolítica do trabalho. Educação Permanente em Saúde. Humanização.

Abstract

This paper aims at problematizing the means of support on Public Healthcare System (SUS, Sistema Único de Saúde), considering support as a political action between related elements, which may

* Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

** Professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no Departamento de Política, Gestão e Saúde

Como citar: Marchiori, C.; Feuerwerker, L. C. M. (2018) Apoio em saúde: forças em relação. *Psicologia Política*, 18(42), p. 379-398.

(or may not) expand and benefit management and production capabilities of local and regional healthcare. In the environment of SUS, an ongoing struggle is present in the relationship between counties and state management, thus inviting a debate towards the field of work micropolitics. Therefore, to study support, I have accompanied the workspace of planners from a São Paulo State Bureau of Healthcare (SES/SP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo) regional office. Extended as an interventional study and, with the intention of accompanying processes, this cartography enabled the creation field relations (recorded in field diary), understanding of the effects of on-field work, and construction of an analysis plan, namely: health clinic and care, active micropolitics, experimentation impact in support, need to assemble supporters, and use of conceptual tools in healthcare support. We then present as results the political implications from supporters, implications between elements which permanently coordinate and uncoordinate themselves, and have the ability to initiate other operations in creating networks and care capabilities in health.

Keywords: *Health support. Health management. Work Micropolitics. Permanent healthcare education. Humanization.*

Resumen

Se pretende, en este artículo, problematizar los modos de producir apoyo en el Sistema Único de Salud (SUS, Sistema Único de Saúde), situando el apoyo como un actuar político entre fuerzas en relación, que puede (o no) ampliar y favorecer la capacidad de gestión y producción del cuidado local y regional. Se destaca, en el escenario del SUS, un campo de permanente disputa en la relación entre los municipios y la gestión estadual, que convoca al debate en el campo de la micropolítica del trabajo. Así, para estudiar el apoyo, acompañé el mundo del trabajo de los articuladores de una regional de la Secretaría Estatal de Salud de São Paulo (SES/SP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo). La cartografía posibilitó producir relaciones en el campo (registradas en diario de campo), procesar los efectos del campo y construir un cierto plan de analizadores, siendo: clínica y cuidado en salud, entendida como una investigación-intervención y, en el sentido de acompañar procesos, micropolítica activa, fuerzas de las experimentaciones del apoyo, necesidad de fabricación de actores-apoyadores y uso de herramientas-conceptos para el apoyo en salud. Como resultados, apuntamos a las implicaciones políticas de los actores-apoyadores, implicaciones entre fuerzas que se organizan y desorganizan permanentemente y que pueden provocar otros agenciamientos en la producción de redes de alianzas y potencias del cuidado en salud.

Palabras clave: *Apoyo en salud. Gestión de la salud. Micropolítica del trabajo. Educación Permanente en Salud. Humanización.*

Résumé

Dans cet article, nous avons l'intention de problématiser les manières de produire un soutien dans le système de santé unifié (SUS, Sistema Único de Saúde), en le plaçant comme une action politique entre des forces en relation, qui peuvent ou non s'étendre et favoriser les capacités de gestion et de production, soins locaux et régionaux. Il se distingue, dans le scénario du SUS, un champ de conflit permanent dans la relation entre les municipalités et la direction de l'État, qui appelle au débat dans le domaine de la micropolitique du travail. Ainsi, pour étudier le soutien, j'ai suivi le monde du travail des articulateurs d'un responsable régional du Département de la santé de São Paulo (SES/SP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo). Elle a été comprise comme une recherche d'intervention et, au sens de processus de suivi, la cartographie a permis de créer des relations de terrain (enregistré dans le journal de terrain), de traiter les effets du terrain et de construire un certain plan d'analyseurs: clinique et santé. micropolitique active, soutien des forces d'expérimentation, nécessité

de fabriquer des acteurs-supporters et utilisation d'outils-concepts pour le soutien à la santé. En conséquence, nous soulignons les implications politiques des acteurs-supporters, les implications parmi les forces organisées et désorganisées de manière permanente et qui peuvent provoquer d'autres assemblages dans la production de réseaux d'alliances et de pouvoirs de soins de santé.

Mots-clés: *Soutien à la santé. Gestion de la santé. Micropolitique du travail. Education permanente en santé, humanisation.*

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS) o debate sobre o apoio é relevante na produção de estratégias da gestão para a melhoria da atenção à saúde e transformações nos processos de trabalho. O apoio e articulação entre trabalhadores e serviços de saúde podem produzir a aproximação entre a gestão e o cuidado em saúde, além de permanente análise crítica sobre as práticas de cuidado.

A estrutura do SUS é bastante complexa, o país heterogêneo e desigual, assim, numa perspectiva de favorecer o governo compartilhado e a produção local de alternativas, estratégias de apoio aos processos de atenção e gestão em saúde são necessárias. Neste sentido, Feuerwerker (2014) reconhece que pensar e produzir uma rede de atenção à saúde exige também gestão da produção do cuidado. Para tanto, é necessário mediação e aportes para mobilizar dispositivos de análise do trabalho, assim a autora reconhece que o apoio tem sido experimentado, com sucesso, na gestão da produção do cuidado em vários âmbitos.

Há anos vem sendo desenvolvidos arranjos de apoio no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde instituiu modalidades de apoio desde 2003; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS) desenvolve a Estratégia Apoiadores desde 2007. Alguns municípios, em diferentes regiões do país, também apostaram em diferentes arranjos de apoio para aproximar a gestão ao cotidiano dos serviços de saúde.

Reconhecer a necessidade de construção compartilhada com gestores municipais, trabalhadores e usuários não têm sido uma prática da gestão estadual no SUS. A relação entre secretarias municipais e estaduais tem sido construída num campo de permanente disputa, embora não haja um padrão único em todas as regiões de saúde de um mesmo estado (Furtado, 2016; Martins, 2015).

Vale ressaltar também que essas diferentes experiências de apoio vêm sendo produzidas por meio de diferentes arranjos, marcados por referências teóricas e interesses diversos, também em disputa.

Este artigo, que é um recorte de uma tese de doutorado (Marchiori, 2018), problematiza o tema do apoio a partir do acompanhamento do mundo do trabalho dos articuladores¹ de uma regional de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP). Algumas indagações orientaram este estudo: Como uma regional de saúde na esfera estadual oferta apoio aos municípios? É possível produzir um arranjo apoiador no seio de uma gestão estadual pouco democrática? O COSEMS-SP, ao implantar a Estratégia Apoiadores em 2007, afirmava que a agenda central do então Pacto pela Saúde – e a instituição do apoio do COSEMS às regiões de saúde era parte disso - era construir uma dinâmica de funcionamento democrática e participativa, rompendo com a relação fortemente hierarquizada existente entre os Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP e municípios (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo [COSEMS-SP], 2013, p. 21). Em 2017, quando o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) estabeleceu a estratégia do apoio em todos os COSEMS do Brasil, novamente as tensas relações entre as SES e os municípios entraram em questão (Feuerwerker, Granado & Baduy, 2017).

Outras perguntas do estudo: Qual a natureza dos desafios do apoio em saúde? Que tipos de ferramentas podem ampliar o trabalho do apoiador em saúde? São algumas das questões que serão debatidas neste artigo e que permeiam o exercício de trabalhadores que ocupam o lugar formal do apoio em instituições de saúde, mas também de trabalhadores que vivenciam práticas apoiadoras, apesar de não ocuparem este lugar institucional.

A partir do que foi recolhido em outros estudos (Martins, 2015; Furtado, 2016; Solla, 2006) e da própria experiência da pesquisadora, partíamos de um suposto de que o trabalho em uma regional

¹ Articulador é a designação que a SES/SP dá a seus apoiadores. Há apoiadores na atenção básica, na saúde da mulher e de humanização, organizados segundo arranjos distintos.

de saúde estadual é muitas vezes orientado por um vetor de normalização, de prescrição, que se expressa por formas verticais de produzir políticas, realizar planejamento, definir estratégias de gestão por meio de indicadores e metas, definir fluxos, entre outros. Um fazer que contempla atribuições e funções institucionais, organogramas, legislação (decretos, deliberações, normas, portarias, protocolos, resoluções, rotinas técnicas, etc.), ou seja, produz fundamentos e lógicas organizativas e gerenciais. Regularidades constitutivas de um plano que se pode chamar de formal, que abre certas visibilidades e mobiliza certos tipos de agenciamentos.

Esse tipo de trabalho pode dar base para certo tipo de pactuações nas regiões de saúde, mas, na produção da saúde nos municípios há muitos outros planos que vão além do formal. Há processos a construir na produção de conexões no sentido de redes efetivas, de cuidado vivo; há a necessidade de construção de comuns, de sentidos compartilhados. Há acasos, coincidências e imprevisibilidades que escapam aos planos formais.

No cotidiano do trabalho em saúde, em todas as esferas de gestão, os gestores, trabalhadores e usuários disputam a formulação de políticas públicas no momento de sua efetivação, disputam estratégias para organizar a rede e oferecer respostas à população.

Produzimos a pesquisa, instigados, indagando se, nos diversos cenários de produção do SUS, o apoio não poderia ser um dos modos de resistência a modelos de gestão e de cuidado que predominantemente investem no governo das condutas de saúde? O que poderia o apoio? O que se passaria nos arranjos existentes de apoio?

A delimitação do problema que orientou este estudo é o reconhecimento do apoio como uma das forças para a ampliação da capacidade local de municípios e regiões de saúde. Sabendo, claro, que não há absoluto: há arranjos que podem ampliar e favorecer a gestão mais compartilhada e o cuidado, mas há também arranjos que podem reafirmar estratégias de controle do trabalho vivo, que teima em escapar e tensionar o cotidiano das práticas de gestão e atenção em saúde.

O problema da pesquisa não foi revelar o falso ou verdadeiro, mas embarcar na constituição de territórios existenciais, buscando encontrar-se ativamente com o que operasse como mais ou como menos vitalizante para o apoio em saúde. Nesse sentido, a cartografia possibilitou mergulhar nos movimentos do campo, nos encontros, nas relações, buscando matérias de expressões e sentidos para outras novas reconfigurações. Rolnik (1989) afirma que não há um método definido para o cartógrafo, mas apenas sensibilidades, estratégias das formações do desejo, um espaço de exercício ativo de tais estratégias. Uma prática política.

Passos, Kastrup e Escóssia (2009), também nos fornecem algumas pistas de como acompanhar uma pesquisa-interferência e produção de subjetividades, considerando não regras a serem aplicadas, mas a ideia de pistas para guiar o trabalho de pesquisa. Pistas que não formam uma totalidade, mas referências para uma atenção e atitude no caminhar da pesquisa que implica estar à espreita, acompanhar processos, misturar-se no campo, dar língua para os afetos que pedem passagem. O campo não é um ambiente composto de formas a serem representadas, mas de processualidades em que o pesquisador implicado começa pelo meio, coloca-se no plano intensivo das forças em jogo.

Desta forma, um dos eixos de sustentação do trabalho foi a implicação do pesquisador com a produção do campo, a partir do pressuposto de que o conhecimento é uma produção dinâmica, processual e relacional. Considera-se assim, sua dimensão de provisoriedade, em interação, rompendo com dicotomias entre sujeito e objeto, teoria e prática.

Nesse trabalho, acompanhamos um Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo – uma divisão administrativa da SES/SP, responsável por coordenar as atividades de saúde no âmbito regional, onde se inserem alguns articuladores/apoiadores. O estudo reuniu o maior número possível de registros que marcaram, de alguma maneira, as intensidades nos processos da gestão es-

tadual em relação aos modos de produzir o trabalho dos articuladores.

O projeto seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466 (2012), além de aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Foram cerca de 35 encontros no campo de pesquisa no período de agosto de 2015 a dezembro de 2016. Muitos registros produzidos, gravados, transcritos que foram processados nas muitas conversas de orientação, produzindo alguns analisadores para o debate da gestão de políticas públicas de saúde.

A análise indicou o esforço de aproximar pesquisa, produção de sujeitos e de vida na gestão e práticas públicas de saúde, numa busca de ampliar outros modos de se produzir apoio, nesta experiência circunscrita na gestão estadual em saúde de São Paulo.

Para a análise das questões deste artigo, consideramos o diálogo com alguns autores do campo da filosofia que contribuem com conceitos-ferramentas que fazem ressonância com a pesquisa. Espinosa, Deleuze, Foucault são autores que despertam uma atração não para um acúmulo de conhecimento, mas para pensamentos autenticamente voltados para a produção de vidas com variabilidades permanentes e erráticas.

O artigo está organizado em 3 partes, sendo a primeira uma breve introdução sobre a problemática do apoio em saúde; na segunda, são apresentadas considerações da pesquisa realizada; e na terceira parte uma discussão de alguns dos analisadores construídos a partir da análise da experimentação do apoio no campo da pesquisa.

Os dispositivos de apoio em saúde

Campos (2000) propôs o método Paideia que busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições por meio de um trabalho sistemático junto aos sujeitos, ampliando a capacidade de atuar sobre o mundo (instituições e organizações). Em nome da democratização das instituições e do bem-estar social, o autor propõe aumentar a capacidade de intervenção das pessoas sobre os processos de trabalho. O autor defende que o método Paideia propicia a ampliação da autonomia de uma pessoa pela própria ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesma. Campos refere que o método é de apoio a processos de cogestão e a noção de apoiador institucional como o sujeito estratégico para a mudança das práticas organizacionais em saúde.

As noções de Campos ganharam destaque com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, que entende a função do apoio como importante para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, funcionando como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão de coletivos (Brasil, 2008, p. 53). O agir do apoiador nesta perspectiva integra atividades de contrato de trabalho, análise de demanda, construção compartilhada de planos de intervenção, criação de comitês de Humanização, acompanhamento avaliativo da implementação dos planos de trabalho.

Um modo de apoio estava, então, lançado e, embora a prática do apoio seja minoritária nos diferentes âmbitos da gestão do SUS, essa é a referência que norteia boa parte das experiências existentes.

Outras experiências e estudos (Baduy, 2010; Bertussi, 2010; Sundfeld, 2016; EPS em Movimento, 2017), que discutem práticas de apoio constituem-se como dispositivos importantes na reconfiguração dos processos de trabalho e das relações entre os atores do SUS, nos autorizam a produzir outras interrogações, explorar outras possibilidades. Será mesmo que apoio só se produz a partir de estratégias institucionalizadas? Será mesmo que apoio só produz quem é apoiador ou articu-

lador?

Feuerwerker (2011), ao trabalhar a questão da integralidade na cadeia de cuidado em saúde, indica que o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e os diversos atores na organização dos processos de trabalho e produção do cuidado. Afirma que a experimentação é ir a fundo ao campo das intensidades até que algo novo se constitua, mesmo que para se desfazer em seguida.

O exercício do apoio é de experimentação de um trabalho vivo que se produz em ato, campo de afecções e de forças. A questão não é mais o sujeito, a identidade, o “eu”, mas sim as singularidades, intensidades, forças, afetos. O articulador ou qualquer trabalhador ou gestor também podem ser capazes (ou não) de processos de negociação mais afirmativos na saúde.

Ceccim e Merhy (2009) apontam o desafio da PNH em disputar a desfragmentação da diversidade programática em saúde e o cuidado para não se tornar totalizante, mas se armar com uma rede de encontros e de potências, não uma rede de comunicações-coordenadas.

Neste sentido Merhy (2010) reconhece na Política de Humanização da saúde a formulação de tais intenções como alternativa de mudanças das práticas. Entretanto provoca um debate fundamental para produção de deslocamentos no corpo, nas ideias e nos enunciados. Como diz o autor, forças e fragilidades de uma aposta que necessitam ser colocadas em análise para fazer fugir lógicas identitárias e totalizantes.

O apoio não é um conhecimento de si e do outro a partir de um saber que se pretende verdadeiro. O desafio na construção do SUS é de produzir e inventar práticas de apoio em saúde no agir não só dos articuladores, mas de todo e qualquer trabalhador em saúde.

Bertussi (2010) analisa o processo de produção do apoio na gestão municipal em saúde em João Pessoa e constrói o conceito de apoio rizomático. Reconhece que os encontros produzem tensões e acontecimentos. Afirma que são muitos os desenhos possíveis e que diferentes encontros ativam em cada apoiador modos de conexão, ou seja, ativam seu agir tecnológico, sua caixa de ferramentas para o apoio. A autora defende que o agir apoiador é fundamentalmente micropolítico, envolve relações de poder, caixa de ferramentas e afecções.

Baduy (2010) em seu estudo sobre a gestão municipal e a produção do cuidado em Londrina, refere-se a uma gestão que fez a aposta no protagonismo do trabalhador, no trabalho com coletivos, na articulação e no trabalho em rede. O trabalho dos apoiadores foi instituído, realizaram oficinas, formaram grupos condutores nas unidades de saúde, analisaram o trabalho e os principais problemas. Investiram em espaços de conversa, em Educação Permanente, criaram dispositivos e fortaleceram saberes dos trabalhadores.

Sundfeld (2016) ao estudar o apoio como dispositivo no município de São Bernardo do Campo, reconhece o apoio como um dispositivo que pode provocar estranhamentos sobre as lógicas e processos de trabalho cotidianos, geralmente governados por condutas e prescrições. No município de São Bernardo do Campo, de 2009 a 2016, houve um forte investimento da gestão na estratégia do apoio no sentido de aproximar a gestão do cotidiano dos serviços de saúde. O estudo destacou que a aposta da gestão não se esgotava em criar apoiadores, mas movimentar atores com potência apoiadora – numa combinação entre apoio institucional e matricial – e ampliar mobilidade, possibilidades de conexão e responsabilização compartilhada.

Sublinhamos que a intencionalidade nesses casos é pensar e operar a produção de práticas de apoio em saúde como agires políticos, que fazem fugir sistemas que fixam papéis, funções, atividades, desejos. Trata-se menos de formas prontas e mais de desorganizações que se podem suportar, lidar, redistribuir ou transformar, ocasionando avaliações permanentes, suspendendo todo modo de apoio em saúde que se pretenda regular ou modelar.

Na análise sobre o funcionamento do apoio, descrevo a seguir os movimentos no campo da pesquisa ao caminhar com os articuladores da regional de saúde.

Em busca de atores-apoiadores e processos-apoiadores

Um dos modos de entrada no campo foi a produção de muitas conversas com os articuladores, fabricando espaços de encontros não necessariamente existentes no seu cotidiano. Conversas que puderam produzir diferentes modos de olhar para as realidades existentes, por uma política de reconhecimento e aproximação do cotidiano.

Ganhou visibilidade e dizibilidade que trabalhadores, gestores e articuladores são agenciados pelas demandas que a SES vai produzindo e pelas relações de forças no território do trabalho. Forças que vão se ajustando e se trombando, marcando e desmarcando corpos.

Nos diversos encontros com o mundo do trabalho dos articuladores, desenhavam-se muitas atividades, algumas mais pontuais e outras mais processuais, envolvendo maior complexidade de articulações e produções. Destacam-se: participação em reuniões dos grupos condutores das redes temáticas; ações de monitoramento da Mortalidade Infantil; oficinas de apoio às Regulações Municipais; reuniões técnicas e administrativas do DRS; condução de grupos com os municípios e serviços de saúde; participação em comitês regionais; monitoramento e apoio técnico dos programas da SES/SP e do MS; participação em capacitações; orientação e discussão das habilitações de saúde; discussões sobre fluxos de atendimentos; acompanhamento de indicadores; entre outras. As agendas estavam sempre em disputa, com muitos fazeres. Entretanto, o muito movimentar-se, não indicou muitos deslocamentos na produção de saúde na região.

Martins (2015) em sua tese sobre a micropolítica de um órgão regional de outra SES encontrou-se com produções semelhantes ao investigar como os trabalhadores consideram os sentidos de seu trabalho diante das políticas públicas de saúde. A micropolítica da regional pesquisada por Martins é compreendida como um campo de forças, de um lado muitas rotinas do gestor estadual em sua pretensão de tutela e normalização e, de outro lado, demandas e fragilidades de gestores municipais, sobretudo de pequenos municípios.

Os DRS, dependendo da configuração das equipes e diretores, podem ser facilitadores de relações mais solidárias ou relações mais competitivas. Mas, em geral, os DRS assumem uma postura de autoritarismo e concorrência com relação aos municípios (Furtado, 2016). Diante de tais colocações, qual o tempo e quais forças disponibilizadas para a produção coletiva de processos de apoio?

Em nossas conversas, os articuladores apresentaram dificuldades em localizar processos de acompanhamento e apoio mais permanentes. Reconheceram a fragilidade no acompanhamento a práticas apoiadoras em processos mais contínuos, com maior intensidade, duração e deslocamentos. Reconheceram que fazem muitas coisas, visitam muitos espaços, falam com muitas pessoas, mas passam pelos lugares e assim não visualizam (nem investem na produção) resultados ou utilidades do apoio. Sobra muita frustração diante do desafio do programa de articuladores na Atenção Básica da SES/SP que tem como objetivo principal apoiar o desenvolvimento da capacidade de gestão municipal e da rede de Atenção Básica conforme detalhamentos na Resolução SS – 61 (2011) que dispõe sobre o assunto.

A frustração referida pelos articuladores aparece pelo fato de desenvolverem poucas ações de transformação nos processos de trabalho e mais ações pontuais e comunicativas. Aspectos também estudados por Dorici (2014) referem o direcionamento de tarefas, aplicação unilateral de instrumentos de avaliação ou definição de implantação de determinados programas à realidade municipal, todas ações que podem se configurar como forma de cercear a autonomia dos municípios (Dorici, 2014,

p.132).

Ao acompanhar o trabalho dos articuladores, foi possível identificar três movimentos mais próximos do que estou chamando de processos-apoiadores com os quais os articuladores estavam implicados e que estavam então em andamento. Foram eles: a) oficinas de Regulação nos municípios; b) Pacto Regional de Redução de Mortalidade Infantil; c) projeto Mãe Vicentina. A seguir coloco em análise brevemente cada um deles, apresentando o jogo de forças que foi possível cartografar enquanto pesquisadora.

Processos-apoiadores estão no campo da produção de novas realidades, novos mundos, novos modos de sentir, pensar e agir. Algo que conjuga, associa, desmancha, neutraliza, conquista, rompe e profana, ou seja, que fazem ver as coisas de outras maneiras.

A experiência das oficinas de Regulação em um dos municípios da região provocou outro tipo de conversa entre as equipes. De certo modo, a equipe do DRS e articuladores produziram outra forma de aproximação ao município, que se deslocou de uma postura de cobrança, de supervisão, de hierarquia de saberes. As pessoas falaram de suas percepções, sentimentos, incômodos sobre os processos de trabalho da regulação municipal; alguns acordos foram produzidos. Entretanto, os encontros entre DRS e essa gestão municipal não tiveram continuidade, a agenda do DRS não se sustentou. Uma relação de forças com predomínio do instituído capturou as agendas e as apostas.

No processo de apoio ao Pacto Regional de Redução de Mortalidade Infantil, a regional elaborou um instrumento de avaliação para gestores reavaliarem e traçarem um diagnóstico da rede de assistência materno-infantil. O instrumento foi enviado aos gestores dos municípios, foi estipulado um prazo para responderem e posteriormente a equipe do DRS e articuladores estiveram nos municípios para discussões sobre as questões da avaliação.

Em cada município o encontro se deu de forma diferenciada. O instrumento era o mesmo, a equipe do DRS e articuladores eram praticamente as mesmas, mas os encontros totalmente singulares. Em um município declararam várias dúvidas, reconheceram limitações da equipe e dificuldades com a produção da saúde. Percebemos que o município estava aberto para a conversa e colocando suas dificuldades, solicitando ajuda para lidar com algumas situações. Entretanto, a expectativa dos articuladores estava limitada à resposta ao instrumento, então finalizaram a tarefa e o município continuou com suas questões.

Em outro município, certa tensão predominou no encontro: de um lado a cobrança de respostas por parte do DRS e, de outro, as respostas apresentadas pelo município como uma tarefa imposta, sem problematizações sobre o cuidado, sem deslocamentos. O instrumento não fazia sentido para o município, suas questões eram outras.

Em um terceiro município percebemos articuladores e DRS com outra postura que não era a de fiscalizador, outros enunciados foram produzidos. Outra relação do município com equipe do DRS, outros modos de lidar com o instrumento de avaliação. A equipe municipal participou ativamente, os articuladores convidaram a equipe de outra forma, outras forças foram mobilizadas. Produziram uma narrativa sobre o cuidado à gestante, uma conversa implicada com a produção do cuidado.

O terceiro processo-apoiador foi o Projeto Mãe Vicentina em que a articuladora fez convites e produziu os encontros de modo singular. Várias reuniões foram realizadas para construção do projeto, envolvendo trabalhadores da gestão do município, a equipe da unidade básica e maternidade, assim como as mulheres usuárias do SUS. Destacaram-se algumas certezas, principalmente a de que para cuidar havia que se chegar perto, entender as expectativas, sentir as atmosferas. *O cuidado e a vida das mulheres foram entrando na pauta dos encontros.* Enfermeira falava das histórias das mulheres e como cada uma lidava com a vida e as questões da gestação. Bons encontros, intensidades em movimento, pois a vida entrava na pauta, produção do cuidado vivo em ato.

O que é necessário para cuidar bem das pessoas? Recolhemos que é preciso conversar, prestar atenção, produzir vínculo, não dar bronca, escutar, preocupar-se, reconhecer o usuário como sujeito, acreditar na vida das pessoas, sem censuras e sem julgamentos. Nada de muito complicado, só não dá para funcionar por palavra de ordem, apostando no controle da vida do outro. Cuidado envolve se importar com a vida do outro que vem junto para os serviços de saúde, com toda sua intensidade, dores e alegrias. É tecnologia de cuidar bem, mas para isto precisa sustentar, investir em mais gente, conversar sobre como se cuida. Profanar o cuidado considerado como algo de poucos profissionais entendidos.

A enfermeira da unidade básica fez a diferença, as pessoas tiveram dificuldades em fazer esse reconhecimento. Há disputas e incômodos nas equipes, mesmo em unidades muito pequenas. Escapou falar mais com a equipe da unidade para que o cuidado não ficasse apenas no trabalho do enfermeiro, muito reconhecido pelas mulheres, pois havia outros envolvidos, mas não tão ativamente participantes da construção.

Para a experimentação de processos-apoiadores mais interessantes podemos dizer que há necessidade de uma política de alianças no lugar de ações *de monitoramento do trabalho em saúde*. Uma política de alianças se faz ao lado e não em posição de hierarquias de poder, mas em composição de potências.

Enquanto pesquisadora-interferência e ao processar o campo na orientação, reconheci a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo para que eu pudesse desbloquear o apoio-pesquisa-interferência em mim para retornar ao campo e provocar possíveis deslocamentos com os articuladores no DRS. Foi um processo-apoiador, um “eu rachado”, campo micropolítico na experimentação de modos de existência. O processamento forjou um pensamento crítico capaz de levantar questões desde dentro, pudemos conversar intensamente sobre ações pontuais e processos-apoiadores.

O combate era pra eu mesma escapar ao risco de fluxo único de pensar dos mesmos modos. Uma ética produzida na experimentação do pesquisar, entre forças em relação. A produção de ser e ser mais ampliado indicou que apoio também necessita de apoio (Campos, 2003), e que bons encontros aumentam nossa potência de agir em processos-apoiadores por vir.

Analísadores sobre o apoio

Há o reconhecimento de que apoio em saúde é sem dúvida um campo de experimentações e ainda requer muitos estudos. Neste artigo, a intencionalidade é de dar passagem a outros sentidos e forças que podem variar a partir de fluxos distintos de poderes, saberes e afetos. Paulon, Pasche e Righi (2014) reconhecem que a tarefa do apoiador mobiliza diferentes forças, tanto mais conservadoras, como forças mais disruptoras, e que nem tudo pode ser associado à ideia de apoio. No sentido de experimentar e expandir forças que impulsionam transformações constantes e, considerando práticas apoiadoras como movimentos processuais que apontam fragilidades das identidades fixas, destacamos alguns analisadores relacionados aos movimentos no campo da pesquisa que podem provocar reposicionamentos no trabalho.

a) Clínica e cuidado em saúde

Usuários dos serviços de saúde movem-se por suas necessidades nos sentidos mais ampliados: dor, sofrimento, conservação da autonomia no modo de andar na vida, bem-estar, vínculo, acolhimento, alegria de viver, beleza, etc. Expectativas em saúde.

No processo-apoiador Mãe Vicentina, ao dar voz à enfermeira, observamos que *o cuidado entrou na pauta do apoio de modo mais intenso*. A enfermeira se implicou com a vida das mulheres,

não era só uma clínica das gestantes. No relato de uma das mulheres, o cuidado apareceu assim: “agradeço a todos, quando eu estava com 5 meses, eu estava com depressão e a enfermeira preocupada comigo, ligava na minha casa, marcou psicólogo, eu só vivia chorando, e ela me ajudou, parei de tomar remédio... Melhorei depois, melhoraram as crises de choro; ela estava sempre ocupada, mas quando eu vinha ela perguntava se eu estava bem”.

Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014) reconhecem e assumem os usuários como sujeitos do conhecimento em contraposição com o saber científico, saber dos especialistas. Pode-se dizer que o agir dos usuários assume também uma concepção ativa e legítima a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários na busca pelo cuidado à saúde.

Reconhecer que *o usuário é o gestor de sua própria vida*, significa reconhecer que o usuário também produz cuidado para si, produz expectativas ao ser cuidado, produz saberes sobre o cuidado. Por outro lado, o trabalhador da saúde também produz expectativas ao cuidar. Planos dos usuários e planos dos trabalhadores da saúde que nem sempre se coincidem.

Usuários se orientam geralmente por suas vivências, saberes, histórias de vida, valores, religião, trabalho, desejos, medos, culpas, fantasias. Trabalhadores de saúde, de modo geral, se orientam pelo saber técnico-científico, em função dos agravos (riscos, vulnerabilidades, prioridades, etc) e pouco ou quase nada consideram a vida do usuário que vem junto da queixa formulada (Feuerwerker, 2011).

Outro aspecto sobre o cuidado é o contraponto a um tipo ideal de usuário: submisso, que siga as prescrições, que não questione os procedimentos. Espera-se, em geral, que os usuários sejam dóceis e obedientes aos profissionais de saúde. Seixas e cols. (2016) ao pesquisarem sobre vínculo e responsabilização do cuidado, consideram que os usuários podem resistir às ofertas de cuidado. Portanto é necessário reconhecer e compartilhar a produção do cuidado com o usuário de forma viva e singular.

O termo cuidado - para além do termo clínica - amplia o campo do agir em saúde, pois a partir das tecnologias relacionais, o cuidado não é só de domínio dos especialistas, mas de todos os trabalhadores da saúde, dos usuários e de suas famílias.

Cuidado se dá no campo das tecnologias leves em que os saberes especializados da clínica são ofertas e não formas de imposições para os modos de existência, são ferramentas para o trabalho em saúde na perspectiva que considera as diferenças na produção da vida e não como modos de aprisionamento da vida (Feuerwerker, 2014).

A força que predomina no campo da saúde é o termo clínica, própria de uma lógica da governamentalidade sobre a vida construída com base na ciência, uma lógica de controles reguladores e disciplinas da população – objeto de governo racional e planejado (Foucault, 1979). Ou seja, processos próprios à vida regulados por procedimentos de poder e saber.

Ortega e Zorzanelli (2010) descrevem que no século XVIII a forma tradicional de diagnóstico médico estava baseada no relato do sofredor. No século XIX, com as tecnologias de visualização, houve um crescente poder de convencimento da evidência visual da doença, privilegiando a clínica do corpo objeto, e não o do corpo sujeito.

Entretanto, paralelamente, formam-se outras forças que, de diferentes maneiras, produzem experiências de cuidado que podem valorizar também o corpo sujeito e sua capacidade de transmitir sentidos sobre as múltiplas afecções no corpo. O apoio pode dar voz e visibilidade para tais experiências de cuidado como um exercício que se produz em uma micropolítica ativa.

b) Por uma micropolítica ativa

Destacamos a Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Educação Per-

manente em Saúde (PNEPS), em suas proposições originais, como políticas que se endereçam para certo tipo de problema no SUS, interrogam o instituído, podem provocar mudanças na gestão e na atenção a saúde, são políticas de apoio.

Ambas as políticas reconhecem que o mundo do trabalho é o lugar da multiplicidade, das diferenças, das disputas, das tensões, portanto trabalho vivo em que circulam afetos, saberes, poderes, produções – dimensões da micropolítica.

Também se observou no Mãe Vicentina como princípios e proposições das políticas de Humanização e a Educação Permanente estiveram misturadas no trabalho de apoio. Nos vários encontros do projeto os atores apostaram em uma agenda para processar o cuidado na unidade básica e na maternidade; produziram acordos e estratégias para a articulação em rede de cuidados e acompanhamento do caminho das gestantes. No processo do Pacto Regional de Redução de Mortalidade Infantil foi insuficiente o investimento em EPS e Humanização, razão talvez que favoreceu a produção de tarefas pontuais em detrimento de processos de apoio.

Em ambas as políticas, EPS e Humanização, destaca-se que nas práticas de saúde há cenários em permanente produção, uma mistura de campos de organização molar (instituições, serviços de saúde, categorias profissionais, protocolos, etc) e campos de multiplicidades moleculares, um mundo de partículas inconscientes, afetos, percepções, ritmos. Dimensões molares e moleculares, macro e micropolítica que se implicam, se atizam, se entrelaçam.

Embora as políticas de Humanização e Educação Permanente trabalhem com questões que fazem ressonância, há também disputas de projetos como evidenciadas por Bertussi (2010) ao analisar a proposta do Paideia. Em ambas as políticas consideram-se as inquietações e as indagações como mobilizadoras para a aprendizagem dos trabalhadores. O mais interessante mesmo é quando trabalhadores-gestores-apoiadores compõem as duas políticas na prática. Importa mais o uso que as pessoas fazem das duas políticas para operar o cotidiano de modo mais potente, do que a disputa de fundamentos ou autorias.

Benevides e Passos (2005) tratam a humanização do SUS como processo de subjetivação, investindo em sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Trabalham a humanização como experiência de criação de si e de modos de operar a gestão e a atenção à saúde. Declaram: “por humanização entendemos, portanto, menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais” (Benevides e Passos, 2005, p. 570).

Na EPS o que importa é o encontro entre as pessoas e a conversa que se dá a partir dos afetos, saberes e forças em jogo. É na micropolítica do mundo do trabalho o lugar para a conversa sobre implicações, incômodos, ações sobre seu dia a dia (Feuerwerker, 2014).

Nos combates aos poderes que aprisionam a vida, talvez, ao misturar PNH e EPS e mobilizar pessoas, haja maiores chances de acontecimentos em que os corpos e ideias se abram para conspirações cotidianas (Péllbart, 2016). O autor reforça que o poder quer nos separar de nossa força, nos inculcar a tristeza, a angústia, o medo, a culpa, a impotência, o remorso. O poder é uma relação de forças sempre móveis, comportando reversibilidades.

Indo mais além, Merhy (2013) refere-se a uma política de reconhecimento e cooperação ao produzir dispositivos de encontros capazes de dar visibilidades e dizibilidades aos movimentos de EPS já existentes nos lugares. Um exemplo de dispositivo foi o curso EPS em Movimento (2014-2015) que favoreceu o enriquecimento das redes de conexões existenciais, configuradas em encontros, micropolíticas e conversações capazes de deslocar os trabalhadores e gestores em suas relações cotidianas entre si e com os usuários.

A EPS reconhece que trabalhadores e gestores também são produtores de saberes, então, o que acontece no encontro pode modificar de maneira importante a gestão e o cuidado em saúde. O que acontece no encontro pode convidar para a repetição, preconceito e impaciência com a diferença ou convidar a outras conexões do pensamento a respeito das experiências, criando ferramentas, reflexões que ampliam a possibilidade de um SUS cuidador, capaz de conviver com a diferença.²

EPS e Rede Humaniza SUS (PNH) podem ser reconhecidas como movimentos que continuam produzindo ressonâncias entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS, apesar de ambas terem sido esvaziadas pelo âmbito federal do SUS³. Lemos (2016) refere sobre o resgate da EPS no cotidiano, nos espaços políticos e nas articulações coletivas diante do momento de instabilidade e precarização do trabalho.

É a experiência das forças que afetam o corpo vivo que nos interessa, muitas vezes não tem imagem, nem palavra, nem gesto correspondente, mas são saberes reais: saber-do-corpo que impulsiona a recriação de nós mesmos e de nosso entorno.

Rolnik (2016) afirma que não há uma micropolítica em estado puro, estamos sempre oscilando entre várias. A autora aborda dois extremos: o puramente ativo e o puramente reativo. A micropolítica ativa consiste em ação desejante orientado pelo saber do corpo. Por outro lado, a micropolítica reativa bloqueia a experiência fora-do-sujeito, passando a se orientar somente a partir da experiência como sujeito, o que a autora denomina como subjetividade antropofalocêntrica, cujo horizonte começa e termina no próprio sujeito.

O real perigo da micropolítica reativa é transformar o desejo em efeitos de submissão, de aprisionamento. Deste modo, há micropolítica reativa tanto em governos macropoliticamente autoritários como em governos ditos participativos. Os modos, as estratégias, as ferramentas de aprisionamento das instituições são altamente avassaladores, nos separam de nossa potência de agir (Rolnik, 2016).

O saber-do-corpo no trabalho do apoio em saúde nos interessa enquanto devir revolucionário, que pode *desestabilizar o poder e não tomar o poder*, uma busca de sentido pela potência de existir e agir.

c) Forças das experimentações

Em vários serviços do SUS acontecem permanentemente experiências singulares que, algumas vezes, escapam aos modos instituídos e tradicionais de se fazer gestão. Os modos de organização do trabalho podem ser mais abertos ou fechados à participação coletiva dos trabalhadores. É certo que a diretriz PNH da cogestão vai em direção à necessidade de se ampliar a democracia institucional e a experiência democrática nas organizações de saúde (Paulon, Pasche & Righi, 2014). É certo que uma micropolítica institucional mais democrática pode impulsionar forças mais criativas nos processos de trabalho. Mas será que, para as transformações das práticas de gestão e de cuidado em saúde, é sempre necessária uma micropolítica de governo democrática? Será que não são possíveis transformações que se produzem na micropolítica dos encontros, apesar de e/ou na contramão de governos autoritários e pouco democráticos?

Certamente a partir de projetos de governo que favorecem a mobilização de atores em torno da defesa à saúde e da vida, ficam um tanto mais possíveis as transformações na micropolítica do trabalho e do cuidado. Mesmo assim não há garantias prévias ou efeitos em curto prazo, mas apostas ousadas e disposição da gestão para colocar a produção do cuidado na agenda prioritária. O processo envolve pautas a serem construídas, cuidadas, ativadas e com atores na gestão que se ocupem deste

² Depoimento de Laura Camargo Macruz Feuerwerker para o Curso de EPS em Movimento (Comunicação EducaSaúde, 2014).

³ Debate em torno da afirmação de que a PNH acabou como “política de governo” (Rede Humaniza SUS, 2015).

trabalho (Feuerwerker, 2014).

Mesmo em campo adverso às questões do cuidado, sem investimento em apoio para a capacidade de gestão local, com pouca ou nenhuma fabricação dos atores para mobilização de espaços mais solidários, ainda assim é possível a produção de experiências que reconhecem e favorecem modos de existência mais potentes para usuários, trabalhadores e gestores.

De certo modo, a experimentação no campo da pesquisa indicou que, mesmo em cenários da gestão estadual que pouco dialogam com o cotidiano das equipes dos municípios, há possibilidades de se reinventar o apoio e experimentar processos-apoiadores que se produzem com os diversos atores-trabalhadores, que também podem se experimentar apoiadores, mesmo que em movimentos limitados ou reduzidos. Tal análise implica reconhecer forças das experimentações, a arte dos encontros, as multiplicidades como produtoras das diferenças, apoio do apoio, mesmo em cenários adversos.

Larrosa (2002, p.21) diz que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.” Se a *experiência é algo que nos passa, em que os sentidos falam*, talvez mais do que perguntar sobre o que aconteceu é importante falar do que passa, do que marca, do que afeta o corpo.

Assim, o termo experiência não se presta a definições universalizantes. Porém, dois destaques nos ajudam a aproximações do que sentimos quando experimentamos algo. O primeiro é entendê-lo como um ‘estar a caminho’, que se faz e se dá como uma *travessia*. Neste sentido, a experiência é o que é possível ver, ouvir, cheirar, sentir, tocar do real, cercada de múltiplos afetos que se implicam ou se complicam.

Outro destaque é entender as experiências como intercessores que se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos. Interferências que deslocam e desacomodam outros planos e forças nas relações saber-poder, desterritorializando-os, criando novos modos de existência. Neste sentido, o apoio enquanto experimentação pode funcionar como intercessores (não só como disparadores), mas constitutivos dos modos de gerir e cuidar em saúde.

d) Fabricação de atores, saberes, experiências e práticas

Ao colocar em análise a função apoio, também se coloca em questão a identidade de um apoiador representante do apoio. O apoiador também está em mistura, está na experiência, no jogo de forças dos encontros. É afetado nos encontros e também afeta.

A ideia de ator-apoiador é de fabricação que se dá na experimentação do próprio jogo do apoio, considerando a capacidade de fazer corpo com outros corpos, distribuindo e redistribuindo as forças em jogo. Assim, o apoio funciona como um dispositivo micropolítico de encontros e nos encontros (Merhy, 2010). Um agir intercessor.

Ao se afirmar o ator-apoiador como dispositivo que pode interrogar os regimes instituídos, consideramos também que todo e qualquer trabalhador ou gestor pode experimentar práticas apoiadoras, sem, no entanto, ocupar institucionalmente um cargo de apoio. No campo de pesquisa, pude observar que alguns outros trabalhadores da regional atuavam com movimentos apoiadores, provocando e colocando o trabalho em análise.

De certa forma não estou retirando a figura do apoiador de cena, apenas reposicionando-a. É certo que há lugares em que os próprios trabalhadores e gestores apresentam fragilidades na possibilidade de mobilizar pessoas e convidar para conexões potentes, e necessitam de apoio externo. Entretanto, o que problematizamos aqui é que as práticas apoiadoras podem funcionar como um modo efeito-apoio que não se restringe à atividade de um apoiador.

É possível dizer que há vários modos de construção de práticas apoiadoras, algumas mais abertas aos encontros e afecções, outras mais provocativas, outras mais normativas. Como diz Feuerwerker (2014), essas possibilidades não são individuais, mas circulam e são fabricadas nos encontros – “uns disparam o que cada um tem de melhor, outros, o que cada um tem de pior e isso varia no tempo, espaço e encontros” (Feuerwerker, 2014, p. 115).

Assim, experimentar os vários arranjos de apoio pode abrir campos de fabricação de atores, saberes, experiências e atmosferas. Fabricação de corpos coletivos de trabalhadores e gestores para produzirem relações cuidadoras. Fabricação de tecnologias para atender as necessidades dos usuários na produção de vidas mais potentes (Feuerwerker, 2014).

e) Ferramentas-conceitos na produção do apoio

O agir do apoiador, a partir de aproximações com a filosofia, não pode ser dissociado de um exercício de vida, não se reduz a uma forma de discurso. Exercício da vida de todos os dias, mesmo em seus pequenos detalhes. Acreditamos que o campo da filosofia pode nos oferecer ferramentas-conceitos na experimentação do ator-apoiador, não como teoria, mas como produção de potência para agir, pensar, falar, calar, olhar... Verbos da vida, verbos do apoio, verbos do cuidado em saúde. Ainda como dizem Barros e cols. (2014) os verbos do apoio institucional também são: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. Acrescento ainda que as forças estão em relação e atravessam os corpos e os cenários. Assim, o exercício do apoio é uma atenção às forças que passam, às forças que se conservam, a cada palavra, a cada gesto, a cada olhar, ao tom da voz. E, para tanto, ferramentas-conceitos podem operar neste exercício do apoio.

Neste estudo, reconheço que algumas ferramentas-conceitos foram agenciadoras para os movimentos da pesquisadora.

Espinosa faz a crítica às noções de bem e mal e marca a profunda diferença entre uma moral sustentada por valores transcendentais e uma ética que tem como referência os modos de existências imanentes. A moral impõe modelos e valores a serem obedecidos, a serem desejados. Bom é tudo que aumenta nossa força de existir, o nosso *conatus*. Mau é tudo o que diminui nossa força de existir.

Affectus (afeto) é uma variação contínua da força de existir, enquanto esta variação é determinada pelas ideias que se tem. Variação sob a forma de diminuição ou aumento da potência de agir. “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.” (Espinosa, 2009, p.98)

Toda ideia passa pelo corpo. Toda efetuação desta variação de potência passa pelo corpo. Mente e corpo, são duas atividades simultâneas do homem, rompendo com a ideia de mente superior ao corpo e com a ideia do corpo como instrumento da alma.

Corpo é um sistema complexo de afecções (*affectio*), tanto afecções produzidas pela ação de outros corpos, como as que o corpo produz em outros corpos e em si mesmo. Afecções são imagens ou marcas corporais, um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, uma mistura de corpos.

A variação da intensidade da potência para existir (afetos) depende da maneira como nos relacionamos com as forças externas. Espinosa define três afetos primários dos quais derivam todos os outros: a) alegria – paixão que aumenta nossa força para existir e agir, relações de composição, bons encontros (exemplos: amor, generosidade, coragem); b) tristeza – paixão que diminui nossa força para existir e agir, relações de decomposição, maus encontros (exemplos: ódio, medo, ciúme, arrependimento); c) desejo – essência do homem em seu esforço de perseverança na vida (*conatus*).

Em Deleuze e Guattari o desejo é construtivismo, sempre em relação, não é um elemento indi-

vidual. O desejo não é a representação de uma falta, não está estritamente ligado à libido, mas uma atividade de produção, uma experimentação nos encontros. Assim, o desejo não é algo que falta, mas produção da existência, uma atividade e não um sonho (Zourabichvili, 2004).

Quando um corpo encontra outro corpo, ele afeta e é afetado, se formam imagens ou marcas corporais, que produzem certa variação ou passagem da força de existir (afetos de alegria, afetos de tristeza, desejos). Efeitos (paixões) que um corpo produz sobre o outro, separado das causas, que Espinosa denomina como ideias confusas, inadequadas ou passivas.

Como passamos das ideias confusas a ideias adequadas, como dobramos as paixões? Espinosa demonstra a passagem das paixões às ações suscitadas pelo desejo e pela alegria enquanto causas adequadas ou internas, afetos ativos.

A ação, diferentemente da paixão, afirma-se como parte de um todo, quando for causa adequada dos movimentos do corpo e do encadeamento de suas ideias-afetos, suficiente para explicar o que faz, sente e pensa. A virtude está na força de nossa mente para moderar e avaliar as paixões e não para evitar ou escolher que elas não aconteçam. A vontade não tem nenhum império sobre os afetos (Chauí, 2011).

Afecções, afetos, desejos, micropolítica, conatus, são alguns conceitos-ferramentas para possibilidades de produzir alguns desvios das capturas das máquinas que aprisionam os modos de existência no mundo do trabalho, dos modos de produzir apoio.

A compreensão da vida, em Nietzsche, é a partir de um jogo de forças. Sendo que toda força tem como caráter intrínseco a expansão. Nietzsche afirma a vida como vontade de potência que se dá sempre na relação, no confronto. Assim, uma força nunca é única, a vontade de potência se diz sempre no plural. Uma força é produto de sua relação com outras forças que, no confronto, há forças que mandam e forças que obedecem (Mosé, 2017).

Forças reativas estão separadas daquilo que elas podem e as forças ativas estão em plena expansão. “A vontade de potência é a resultante deste jogo de forças, ela é o que a força, ou jogo de forças, pode.” (Mosé, 2017, p. 94) Em Nietzsche então, o homem é uma pluralidade de forças em luta, é vontade de potência e não mais unidade de sujeito.

Para compreender as relações de força, Deleuze (1976) sugere o estudo entre poder e saber de acordo com Foucault em uma relação recíproca, virtual-atual. Poder enquanto força permaneceria virtual se não se atualizasse nas formas de saber. Poder considerado como força, não é algo que se possui ou está fixo, o poder não tem forma, contudo se exerce produzindo formas (Machado, 2009).

Deleuze refere-se a uma relação de constituição de forças entre o de-fora e o de-dentro, propondo ainda um “terceiro poder da força – a resistência – que se volta sobre si mesma, se exerce sobre si mesma, se afeta a si mesma” (Machado, 2009, p. 177).

Para este estudo, tais conceitos são fundamentais, fazem ressonância com o trabalho de problematização das práticas apoiadoras, que forcem o pensamento nas relações de forças que se formam e desformam no cuidado e na gestão em saúde.

Considerações finais

A questão do apoio analisada neste artigo emerge do campo de pesquisa, dos processamentos dos recolhimentos do campo e das próprias experimentações do apoio no mundo do trabalho na gestão estadual. Algumas pistas foram aqui debatidas e com certeza outras tantas precisam ser produzidas e rearranjadas.

Pode-se dizer que, na fabricação de políticas de apoio há que se insistir em trabalhadores-

gestores-apoiadores como formas de (re)existência nas relações de poder e saber já instituídas e dominantes. Uma construção, por vir, de práticas apoiadoras e de atores-apoiadores na reversão do governo da vida, de si e dos outros para um governo dos afetos. Trata-se de um combate, descobrindo outras forças nos encontros - agires e forças afirmativas. Trata-se de forçar o pensamento a partir dos encontros também com conceitos-ferramentas que podem ampliar os modos de funcionar do exercício do apoio em saúde.

Consideramos assim que, apoio é a implicação de um agir político, uma prática política que busca as pequenas aberturas ligadas à transgressão, às guerrilhas pontuais, aos atos de criação no cotidiano. Para tal produção da prática, a caixa de ferramentas do apoiador indica observação atenta aos movimentos, aos afetos, aos cenários; indica corpo/pele com abertura para o dentro/fora, indica produção desejante, indica necessidade de conceitos-forças. Ferramentas que são forjadas no exercício de levantar questões, de deslocar o corpo e o pensamento, de suspeitar do que está definido previamente.

O que nos interessa na dimensão micropolítica são as forças em jogo e o jogo da seleção hierárquica do importante e do interessante para a expansão da vida. Jogo das gestualidades, das afecções que estão constantemente se reconfigurando. Se houver algum critério para o exercício do apoio, que seja o critério da ampliação da vida em seus múltiplos encontros, em rede de alianças e potências. Uma micropolítica que possibilita dar passagens de vida nas relações aprisionadoras do cotidiano dos serviços de saúde.

O apoio, ao romper com forças de dominação, mesmo que em pequenos acontecimentos, pode exercer a potência de pensar e agir coletivamente na saúde, em vez de afundar-se em um estado de coisas, ainda que em meio a sucateamentos políticos de gestão que perduram e se atualizam constantemente.

Referências

- Baduy, R. S. (2010). *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Barros, M. E. B. e cols. (2014). Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: Pinheiro, R. et al (orgs). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO.
- Benevides, R. & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):561-571. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>
- Bertussi, D. C. (2010). *O Apoio Matricial Rizomático e a Produção de Coletivos na Gestão municipal em Saúde*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Campos, G. W. S. (org.) (2003) *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.

- Ceccim, R. B.; Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. 13(supl. 1), p. 531-42. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>
- Cecílio, L.C.O.; Carapinheiro, G.; Andrezza, R. (orgs.) (2014). *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: HUCITEC: FAPESP.
- Chauí, M. (2011). *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Comunicação EducaSaúde (2014). *Depoimento de Laura Camargo Macruz Feuerwerker para o Curso de EPS em Movimento*. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de https://www.youtube.com/watch?v=x791Rw9_B8k
- COSEMS-SP (2013). Estratégia Apoiadores. *Caderno COSEMS/SP*, Volume 3. São Paulo, COSEMS-SP.
- Deleuze, G. (1976). *Nietzsche e a Filosofia*. Tradução de Ruth Joffily Dias e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Editora Rio.
- Dorici, G.C. (2014). *A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP.
- EPS em Movimento. (2017). *Institucional*. Recuperado em 23 de dezembro, 2017, de <http://eps.otics.org/>
- Espinosa, B. (2009). *Ética*. Trad. De Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Feuerwerker, L.C.M.; Granado, M.L.; Baduy, R.S. (2017). *A experiência da rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS*. Relatório CONASEMS-PROADI/MS-HAOC.
- Feuerwerker, L.C.M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Feuerwerker, L.C.M. (2011). A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins, J. J.N., & Rego, S. *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM. p. 99-113.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Furtado, L.A.C. (2016). *O Desafio da construção do comum nas máquinas de governo: o Estado em disputa*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Clínicas Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Larrosa, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, abr., 19, p. 20-28. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
- Lemos, C. L. S. (2016). Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), p. 913-922. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>
- Machado, R. (2009). *Deleuze, a arte e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Merhy, E. E. (2013). *Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde*. OTICS. Recuperado em 09 de agosto, 2017, de <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-quotidiano-das-praticas-de-saude/view>

- Merhy, E. E. (2010). Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. *Saúde em Debate*, 34 (Jul-Set). Recuperado em 05 de agosto, 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341769004>
- Marchiori, C. (2018). *Gestão Estadual na Saúde e Articuladores: forças em relação*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Martins, C.R.M. (2015) *A micropolítica de um órgão regional de saúde: uma cartografia de relações*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Mosé, V. (2017). *Nietzsche e a grande política da linguagem*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Ortega, F.; Zorzanelli, R. (2010). *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (orgs.) (2009) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Paulon, S.M.; Pasche, D.F.; Righi, L.B. (2014). Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface (Botucatu)*, 2014; 18(Supl 1), p. 809-20. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-1807-576220140379.pdf>
- Pelbart, P.P. (2016). *O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento*. São Paulo: n-1 edições, 2ª edição.
- Rede Humaniza SUS (2015). *PNH como política de governo: fim ou mudança?* Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://redehumanizasus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca/>
- Resolução SS - 61, de 14-6-2011*. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. São Paulo: Diário Oficial Poder Executivo, Seção I, p. 115. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/legislacao/resolucao-ss/2011/resolucaoss-61-2011.pdf>
- Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012* (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Rolnik, S. (2016). *A Hora da Micropolítica*. São Paulo: n-1 Edições, série Pandemia.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade.
- Seixas, C.T. e cols. (2016). Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: Feuerwerker, L.; Bertussi, D.C., & Merhy, E.E. (org.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Hexis.
- Solla, J. J. S. P. (2006). Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 30(2) p. 332-348 jul/dez. Recuperado em 21 de fevereiro, 2019, de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4220240/mod_resource/content/0/Avan_os_e_limites_da_descentraliza_o_JSolla2006.pdf
- Sundfeld, A. C. (2016). *Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo*. Tese de Doutorado. Pro-

grama de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Zourabichvili, F. (2004). *O Vocabulário de Deleuze. Tradução André Telles*. Rio de Janeiro, 2004. Recuperado em 13 de julho, 2017, de <http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>

Submetido em: 06/02/2018

Aprovado em: 17/12/2018